

KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ HÓA TRỊ TÂN BỔ TRỢ UNG THƯ VÚ HER2(+) GIAI ĐOẠN II, III BẰNG PHÁC ĐỒ HÓA TRỊ KẾT HỢP TRASTUZUMAB TẠI BỆNH VIỆN UNG BƯỚU NGHỆ AN

Phạm Thị Hoàng Phượng, Vũ Thị Mỹ Linh*, Lô Trúc Quỳnh

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá đáp ứng điều trị tân bổ trợ ung thư vú giai đoạn II- III, HER2 dương tính bằng phác đồ hóa trị kết hợp trastuzumab tại Bệnh viện Ung bướu Nghệ An.

Đối tượng và phương pháp nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả, hồi cứu kết hợp tiền cứu trên 31 bệnh nhân ung thư vú giai đoạn II, III, HER2 dương tính được điều trị tân bổ trợ bằng phác đồ AC-TH hoặc TCH tại Khoa Nội 4, Bệnh viện Ung Bướu Nghệ An từ tháng 6/2023 đến tháng 6/2025.

Kết quả: Một số đặc điểm chung của nhóm bệnh nhân: Tuổi trung bình mắc bệnh là 51,8 tuổi. Nhóm tuổi từ 40-60 là nhóm hay gặp nhất chiếm tỉ lệ 67,7%. Có 54,8% giai đoạn II và 45,2% giai đoạn III. Tỷ lệ thụ thể nội tiết dương tính và âm tính lần lượt là 51,6 và 48,4%.

Kết quả điều trị: Tỷ lệ đáp ứng hoàn toàn về mô bệnh học toàn bộ (tpCR) - bao gồm cả khối u nguyên phát và hạch - đạt 51,6%. Có mối liên quan có ý nghĩa giữa tình trạng thụ thể nội tiết và khả năng đạt tpCR ($p=0,002$). Tuy nhiên, không ghi nhận mối liên quan giữa tỷ lệ tpCR với các yếu tố khác như tuổi, giai đoạn khối u, giai đoạn hạch, loại mô bệnh học, độ mô học, biểu hiện Ki-67 hay loại phác đồ hóa chất sử dụng. Các phác đồ được dung nạp tốt, không có trường hợp nào phải ngừng điều trị do độc tính.

Kết luận: Hóa trị tân bổ trợ kết hợp trastuzumab cho thấy tỷ lệ tpCR cao và dung nạp tốt ở bệnh nhân ung thư vú giai đoạn II-III, HER2 dương tính. Tình trạng thụ thể hormone có thể là yếu tố dự báo khả năng đạt tpCR, với nhóm HR âm tính thường đáp ứng tốt hơn nhóm HR dương tính.

Từ khóa: Ung thư vú, tân bổ trợ, kháng HER2, AC-TH, TCH.

Bệnh viện Ung bướu Nghệ An

*Chịu trách nhiệm chính: Vũ Thị Mỹ Linh

Email: vumylinh148109@gmail.com

Ngày nhận bài: 31/7/2025

Ngày phản biện khoa học: 10/8/2025

Ngày chấp nhận đăng: 15/8/2025

OUTCOMES OF NEOADJUVANT CHEMOTHERAPY COMBINED WITH TRASTUZUMAB IN PATIENTS WITH STAGE II-III HER2-POSITIVE BREAST CANCER AT NGHE AN ONCOLOGY HOSPITAL

ABSTRACT

Objective: To evaluate the response to neoadjuvant therapy with chemotherapy combined with trastuzumab in patients with stage II–III, HER2-positive breast cancer at Nghe An Oncology Hospital.

Materials and Methods: This retrospective–prospective descriptive study included 31 patients with stage II–III, HER2-positive breast cancer who received neoadjuvant chemotherapy with either the AC-TH or TCH regimen at the Department of Internal Medicine 4, Nghe An Oncology Hospital, from June 2023 to June 2025.

Results: The mean age was 51.8 years, with the 40–60 age group being the most common (67.7%). Stage II and stage III accounted for 54.8% and 45.2% of cases, respectively. Hormone receptor (HR) positivity and negativity were observed in 51.6% and 48.4% of patients. The total pathological complete response (tpCR), defined as the absence of invasive carcinoma in both breast and axillary lymph nodes, was achieved in 51.6% of cases. A significant association was found between HR status and tpCR ($p=0.002$), whereas no associations were observed with age, tumor stage, nodal stage, histological type, histological grade, Ki-67 expression, or chemotherapy regimen. The regimens were well tolerated, with no treatment discontinuations due to toxicity.

Conclusion: Neoadjuvant chemotherapy combined with trastuzumab achieved a high tpCR rate and was well tolerated in patients with stage II–III, HER2-positive breast cancer. Hormone receptor status may serve as a predictive factor for treatment response.

Keywords: breast cancer, neoadjuvant therapy, HER2, trastuzumab, AC-TH, TCH.

1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Ung thư vú (UTV) là bệnh ung thư phổ biến nhất ở phụ nữ nhiều nước trên thế giới và là nguyên nhân gây tử vong hàng đầu trong số các nguyên nhân gây tử vong do ung thư ở nữ giới¹. Trong đó, Ung thư vú HER2 dương tính thường có tiên lượng xấu hơn so với các nhóm khác nếu không được điều trị nhắm trúng đích.

Tiêu chuẩn chăm sóc ung thư vú hiện nay là đa chuyên khoa, bao gồm phẫu thuật, hóa trị, xạ trị, liệu pháp nội tiết, liệu pháp miễn dịch và liệu pháp nhắm đích HER2. Trong bối cảnh này, hóa trị tân bổ trợ đóng vai trò then chốt. Hóa trị tân bổ trợ giúp đánh giá hiệu quả điều trị thông qua

đáp ứng bệnh lý, hỗ trợ phân tầng nguy cơ, giảm mức độ phẫu thuật và định hướng điều trị bổ trợ sau mổ.

Kết hợp hóa trị với kháng HER2 (trastuzumab ± pertuzumab) trong điều trị tân bổ trợ cho thấy tỷ lệ đáp ứng bệnh lý hoàn toàn (tpCR) cao hơn so với hóa trị đơn thuần. Đạt tpCR liên quan chặt chẽ với cải thiện tỷ lệ sống không biến cố (EFS) và sống còn toàn bộ (OS)².

Liệu pháp hóa trị tân bổ trợ tiêu chuẩn cho bệnh nhân UTV giai đoạn II, III HER2 dương tính bao gồm hóa trị kết hợp nhắm mục tiêu HER2, cụ thể là trastuzumab, có hoặc không có pertuzumab.

Tại Bệnh viện Ung Bướu Nghệ An, điều trị hóa trị tân bổ trợ kết hợp kháng đơn HER2 (trastuzumab) ở bệnh nhân UTV HER2 dương tính, giai đoạn lâm sàng II-III là thường quy, hiện có ít bệnh nhân có điều kiện tiếp cận với thuốc pertuzumab, và chưa có nghiên cứu nào đánh giá hiệu quả về phác đồ này. Vì vậy, chúng tôi thực hiện nghiên cứu này nhằm mục tiêu: Đánh giá đáp ứng điều trị tân bổ trợ ung thư vú giai đoạn II- III, HER2 dương tính bằng phác đồ hóa trị kết hợp trastuzumab.

2. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

Gồm 31 bệnh nhân ung thư vú HER2 dương tính được điều trị tân bổ trợ bằng phác đồ AC-TH hoặc TCH tại Khoa Nội 4, Bệnh viện Ung bướu Nghệ An từ tháng 6/2013 đến tháng 6/2025.

Tiêu chuẩn lựa chọn

- Bệnh nhân được chẩn đoán xác định ung thư vú xâm nhập, HER2 dương tính.
- Được điều trị tân bổ trợ bằng phác đồ AC-T hoặc TCH kết hợp với trastuzumab.
- Không có bệnh chống chỉ định với các thuốc anthracyclin: Các bệnh lý tim mạch nặng như suy tim, viêm cơ tim, nhồi máu cơ tim...
- Các chỉ số về huyết học, sinh hóa, cho phép điều trị hóa chất.

- Siêu âm tim: tỷ số tổng máu thất trái (LVEF) $\geq 50\%$.

- Có đầy đủ hồ sơ bệnh án lưu trữ.

Tiêu chuẩn loại trừ.

- Ung thư vú hai bên hoặc mắc ung thư thứ 2 khác.

- Ung thư vú di căn.

- Mắc các bệnh khác có nguy cơ tử vong trong thời gian gần.

- Ung thư vú hai bên hoặc mắc ung thư thứ 2 khác.

- Bệnh nhân được chẩn đoán di căn.

- Bệnh nhân bỏ dở điều trị.

- Bệnh nhân không có đầy đủ hồ sơ bệnh án.

- Bệnh nhân mắc một trong các bệnh mãn tính đang trong giai đoạn cấp tính như đợt cấp của bệnh phổi tắc nghẽn mãn tính,...

- Bệnh nhân chống chỉ định điều trị hóa chất.

- Không tuân thủ liệu trình điều trị.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

2.2.1. Thiết kế nghiên cứu

- Thiết kế nghiên cứu: NC mô tả hồi cứu kết hợp tiền cứu.

- Thời gian: Nghiên cứu được tiến hành từ tháng 6/2023 đến tháng 6/2025 tại Khoa Nội 4, Bệnh viện Ung Bướu Nghệ An.

- Cỡ mẫu: thuận tiện. Nghiên cứu thu nhận 31 bệnh nhân đáp ứng đủ tiêu chuẩn lựa chọn và tiêu chuẩn loại trừ.

2.2.2. Các bước tiến hành

- Thu thập hồ sơ bệnh án theo mẫu bệnh án nghiên cứu.

- Lựa chọn các bệnh nhân đủ tiêu chuẩn vào nghiên cứu.

- Ghi nhận các triệu chứng lâm sàng và cận lâm sàng trước và trong quá trình điều trị.

- Ghi nhận kết quả điều trị của phác đồ.

- Xử lý số liệu

Các chỉ số, biến số nghiên cứu:

Đặc điểm quần thể bệnh nhân: tuổi, đặc điểm khối u (kích thước u, hóa mô miễn dịch, Du-al-ISH, thể mô bệnh học, độ mô học, giai đoạn bệnh, phác đồ điều trị.

Phác đồ sử dụng trong nghiên cứu:

AC-TH: Doxorubicin liều 60 mg/m², cyclophosphamide 600 mg/m², truyền liều mỗi 3 tuần. Sau đó truyền trastuzumab 8 mg/kg chu kỳ 1 và 6 mg/kg từ chu kỳ 2, docetaxel 75 - 100 mg/m² mỗi 3 tuần hoặc paclitaxel 175 mg/m² ngày 1, 8, 15 chu kỳ 3 tuần.

TCH: Docetaxel liều 75 mg/m², carboplatin AUC6, trastuzumab 8 mg/kg chu kỳ 1 và 6 mg/kg từ chu kỳ 2, mỗi 3 tuần.

Kết quả điều trị:

Đánh giá đáp ứng, tác dụng không mong muốn của phác đồ.

+ Đáp ứng lâm sàng khối u và hạch được đánh giá theo tiêu chuẩn RECIST 1.1 chia thành 4 mức độ đáp ứng: đáp ứng hoàn toàn (CR), đáp ứng 1 phần (PR), bệnh giữ nguyên (SD) và bệnh tiến triển (PD) sau mỗi 4 chu kỳ.

+ Đáp ứng mô bệnh học tại khối u, hạch, cả u và hạch theo phân loại Chevallier. Từ phân loại của Chevallier, đáp ứng tại u và hạch được chia làm 2 loại: đáp ứng hoàn toàn mô bệnh học (pCR) và không đáp ứng hoàn toàn mô bệnh học (No pCR). Trường hợp đáp ứng hoàn toàn mô bệnh học toàn bộ cả u và hạch được gọi là tpCR (total pathologic complete response), trường hợp còn lại được gọi là (No tpCR).

+ Các ghi nhận về độc tính được phân loại theo CTCAE 5.0: các độc tính về lâm sàng được đánh giá qua thăm khám trực tiếp, các độc tính về huyết học được đánh giá qua thăm khám lâm sàng và xét nghiệm huyết học sau mỗi chu kỳ điều trị.

Xử lý tác dụng không mong muốn do điều trị:

+ Dự phòng Hạ bạch cầu bằng thuốc dự phòng hạ bạch cầu G-CSF (granulocyte colony-stimulat-

ing factor - filgrastim) vào thời điểm ngày 3-10 của chu kỳ hóa trị phác đồ AC liều đầy.

+ Các bệnh nhân có độc tính trên hệ huyết học theo CTCAE từ độ 2 trở lên sẽ trì hoãn điều trị tới khi hồi phục về độ 1 hoặc bình thường. Các điều trị hỗ trợ có thể kèm theo (truyền máu, tiêm filgrastim, truyền tiểu cầu nếu cần thiết). Các bệnh nhân có độc tính huyết học kéo dài (≥ 2 tuần gián đoạn/trì hoãn điều trị) cho đến khi phục hồi về $\leq$ độ 1.

+ Quản lý độc tính trên tim liên quan tới doxorubicin và trastuzumab: nghiên cứu lựa chọn các BN có LVEF $\geq 50\%$; siêu âm tim đánh giá lại sau mỗi chu kỳ, khi hoàn thành điều trị hoặc có triệu chứng lâm sàng.

2.2.3. Xử lý số liệu

Các thông tin được mã hóa và xử lý bằng phần mềm SPSS 20.0. Các thuật toán thống kê sử dụng trong nghiên cứu: Mô tả: Trung bình, độ lệch chuẩn, khoảng tin cậy 95%, giá trị lớn nhất, giá trị nhỏ nhất. Đánh giá mối tương quan giữa các biến.

2.2.4. Đạo đức nghiên cứu

Các phác đồ sử dụng trong nghiên cứu được khuyến cáo theo các hướng dẫn điều trị của ESMO, NCCN, Bộ Y tế. Các thông tin thu được của bệnh nhân chỉ nhằm mục đích nghiên cứu để nâng cao chất lượng điều trị cho bệnh nhân.

3. KẾT QUẢ

3.1. Đặc điểm của đối tượng nghiên cứu

31 bệnh nhân đủ tiêu chuẩn vào nghiên cứu có đặc điểm sau:

Bảng 1: Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu

Đặc điểm bệnh nhân		Số lượng bệnh nhân (N)	Tỷ lệ (%)
Tuổi (Tuổi trung bình: 51,87)	< 40	4	12,9
	40 - 60	21	67,7
	> 60	6	19,4
Tình trạng kinh nguyệt	Mãn kinh	16	51,6
	Chưa mãn kinh	15	48,4
Giai đoạn u trước điều trị	cT1	4	12,9
	cT2	24	77,4
	cT3	2	6,5
	cT4	1	3,2
Giai đoạn hạch trước điều trị	cN0	11	35,5
	cN1	8	25,8
	cN2	12	38,7
Giai đoạn bệnh trước điều trị	IIA	9	29,0
	IIB	8	25,8
	IIIA	13	41,9
	IIIB	1	3,2
Mô bệnh học khối u	Ung thư biểu mô xâm nhập typ NST	30	96,8
	Ung thư biểu mô tuyến nhầy	1	3,2
Độ mô học khối u	II	26	83,9
	III	5	16,1
Tình trạng thụ thể nội tiết	Dương tính (ER và/ hoặc PR dương tính)	16	51,6
	Âm tính	15	48,4
Tình trạng HER2	IHC (+++)	29	93,5
	IHC (++) – Dual ISH (+)	2	6,5
Ki67	< 20	6	19,4
	≥ 20	25	80,6
Phác đồ điều trị	AC-TH	21	67,7
	TCH	10	32,3

3.2. Kết quả điều trị

3.2.1. Đáp ứng điều trị

Trong 31 bệnh nhân nghiên cứu, có 16 bệnh nhân đạt tpCR chiếm 51,6% và 15 bệnh nhân No tpCR.

Bảng 2. Tỷ lệ đáp ứng lâm sàng và đáp ứng mô bệnh học

Đáp ứng điều trị		Số lượng bệnh nhân (N)	Tỷ lệ (%)
Đáp ứng lâm sàng			
U vú	CR	5	16,1
	PR	26	83,9
	SD	0	0
	Tổng	31	100,0
Hạch	CR	27	87,1
	PR	3	9,7
	SD	1	3,2
	Tổng	31	100,0
U và hạch	CR	6	19,4
	PR	25	80,6
	SD	0	0
	Tổng	31	100,0
Đáp ứng mô bệnh học			
U vú	pCR	18	58,1
	No pCR	13	41,9
	Tổng	31	100,0
Hạch	pCR	23	74,2
	No pCR	8	25,8
	Tổng	31	100,0
U và hạch	tpCR	16	51,6
	No tpCR	15	48,4
	Tổng	31	100,0

3.2.2. Tỷ lệ đáp ứng và các yếu tố liên quan

Bảng 3. Tỷ lệ đáp ứng và các yếu tố liên quan

Yếu tố liên quan		Đáp ứng mô bệnh học		p
		tpCR	No tpCR	
Tuổi (Tuổi trung bình: 51,87)	< 40	1	3	0.493
	40 - 60	11	10	
	> 60	4	2	
Giai đoạn u trước điều trị	cT1	1	3	0.171
	cT2	14	10	
	cT3	0	2	
	cT4	1	0	
Giai đoạn hạch trước điều trị	cN0	7	4	0.599
	cN1	4	4	
	cN2	5	7	
Giai đoạn bệnh trước điều trị	IIA	7	2	0.163
	IIB	3	5	
	IIIA	5	8	
	IIIB	1	0	
Mô bệnh học khối u	Ung thư biểu mô xâm nhập typ NST	16	14	0,484
	Ung thư biểu mô tuyến nhầy	0	1	
Độ mô học khối u	II	13	13	1.000
	III	3	2	
Tình trạng thụ thể nội tiết	Dương tính (ER và/hoặc PR dương tính)	7	9	0.002
	Âm tính	9	6	
Ki67	< 20	4	2	0.654
	≥ 20	12	13	
Phác đồ điều trị	AC-TH	11	10	1.00
	TCH	5	5	

Khi phân tích các yếu tố liên quan đến tỷ lệ đáp ứng, nhóm bệnh nhân có thụ thể nội tiết âm tính có tỷ lệ đạt tpCR cao hơn có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$); chúng tôi chưa ghi nhận có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê về tỷ lệ đạt tpCR khi phân tích liên quan với các yếu tố tuổi, giai đoạn

u, giai đoạn hạch, giai đoạn bệnh, mô bệnh học khối u, độ mô học, chỉ số Ki-67 và phác đồ điều trị ($p > 0,05$).

3.3. Tác dụng không mong muốn

Bảng 3: Tác dụng không mong muốn

Phân độ	Hạ BCTT	Sốt HBCTT	Hạ Tiểu cầu	Buồn nôn, nôn	Độc tính thận	Tăng men gan	Đau cơ, khớp	Suy tim, Giảm LEVF	Viêm miệng
Độ 0	14(45,2)	31(100)	23(72,4)	22(71,0)	29(93,5)	23(74,1)	16(51,6)	28(90,3)	26(83,8)
Độ 1	1(3,2)	0	8(25,8)	6(19,4)	2(6,5)	6(19,4)	11(35,5)	2(6,5)	3(9,6)
Độ 2	3(9,6)	0	0	3(9,6)	0	2(6,5)	4(12,9)	1(3,2)	2(6,5)
Độ 3	5(16,1)	0	0	0	0	0	0	0	0
Độ 4	8(25,8)	0	0	0	0	0	0	0	0
Mọi độ	17(54,8)	0	8(25,8)	9(29)	2(6,5)	9(25,9)	15(48,4)	3(9,7)	5(16,1)

Một số tác dụng phụ không mong muốn hay gặp là hạ bạch cầu trung tính 17/31 (54,8%), đau cơ, khớp 15/31 (48,4%), tăng men gan 9(25,9%), buồn nôn, nôn 9(29%) và hạ tiểu cầu 8(25,8%). Ngoài trừ hạ bạch cầu trung tính, các độc tính khác chỉ gặp ở độ 1,2.

Tỷ lệ hạ BCTT là 17/31 (54,88), hạ độ 3,4 chiếm 41,9%.

Có 3 bệnh nhân giảm LEVF độ 1,2 (9,7%).

4. BÀN LUẬN

Tỷ lệ đáp ứng hoàn toàn về mô bệnh học (tpCR) thường được xem là tiêu chí đánh giá chính trong các nghiên cứu điều trị tân bổ trợ ung thư vú, đặc biệt là nhóm HER2 dương tính. Các nghiên cứu đã chỉ ra rằng đạt được tpCR có liên quan đến việc giảm tỷ lệ tái phát và tử vong do ung thư vú².

Hiệu quả của việc bổ sung thuốc kháng HER2

vào phác đồ điều trị tân bổ trợ đã được khẳng định trong nhiều thử nghiệm, điển hình là thử nghiệm NOAH³.

Trong nghiên cứu của chúng tôi, tỷ lệ tpCR đạt 51,6% trong đó tỷ lệ đạt pCR tại vú và hạch lần lượt là 58,1% và 74,2%. Kết quả nghiên cứu chúng tôi khác biệt không đáng kể so với kết quả của nghiên cứu Z1041, B-41, GeparQuinto⁴⁻⁶. Trong nghiên cứu Z1041 282 bệnh nhân ung thư dương tính với HER2 được điều trị bằng bốn chu kỳ FEC tiếp theo là paclitaxel với trastuzumab so với paclitaxel với trastuzumab tiếp theo là FEC với trastuzumab, tỷ lệ pCR chung là 55 phần trăm. Trong nghiên cứu B-41, tỷ lệ pCR chung là 49 phần trăm. Trong nghiên cứu GeparQuinto, 309 bệnh nhân đã được điều trị bốn chu kỳ epirubicin và cyclophosphamide với trastuzumab tiếp theo là bốn chu kỳ docetaxel với trastuzumab (ECH-TH), dẫn đến tỷ lệ pCR là 45 phần trăm.

Theo chúng tôi, kết quả có sự khác biệt tỷ lệ tpCR giữa các nghiên cứu có thể do phác đồ hóa trị kết hợp khác nhau.

Tuy nhiên, so sánh với một số nghiên cứu khác, tỷ lệ tpCR trong nghiên cứu của chúng tôi còn khiêm tốn. Kết quả của chúng tôi thấp hơn so với nghiên cứu của tác giả Phùng Thị Huyền (2020) khi nghiên cứu điều trị tân bổ trợ phác đồ ACTH hoặc TCH cho tỷ lệ tpCR đạt 64,1% (n = 39 bệnh nhân)⁷. Sự khác biệt có thể do tác giả sử dụng phác đồ liều dày, còn trong nghiên cứu của chúng tôi sử dụng chu kỳ 3 tuần, ngoài ra có sự không tương đồng về đối tượng nghiên cứu (cỡ mẫu, đặc điểm về giai đoạn bệnh và các yếu tố về giải phẫu bệnh và sinh học phân tử), vì vậy cần nhiều nghiên cứu với cỡ mẫu lớn hơn để đánh giá thêm.

Trong thử nghiệm TRAIN-2 giai đoạn III, tỷ lệ pCR là 67 % cao hơn đáng kể so với nghiên cứu của chúng tôi do sự kết hợp của bộ đôi kháng kép her2, điều này cho thấy việc điều trị phác đồ đa hóa trị kết hợp thuốc kháng HER2 như ACTH(P) hoặc TCH(P) thường mang lại tỷ lệ đáp ứng cao hơn⁸.

Nghiên cứu của tác giả Trần Đình Anh, Trịnh Lê Huy, tỷ lệ đạt tpCR là 54,1%.⁹ Kết quả tpCR của nghiên cứu này cao hơn nghiên cứu của chúng tôi có thể do tác nhân hóa trị AC-T liều dày và kết hợp bộ đôi kháng HER2 mang lại kết quả cao hơn.

Trong phân tích các yếu tố tiên lượng đáp ứng, chúng tôi ghi nhận mối liên quan có ý nghĩa thống kê giữa tình trạng thụ thể nội tiết và tỷ lệ tpCR, kết quả của chúng tôi tương đồng với nghiên cứu Gepar Quattro, và nghiên cứu khác^{6,9}. Theo đó, nhóm bệnh nhân có thụ thể nội tiết âm tính có tỷ lệ tpCR cao hơn (60,0%) so với nhóm có thụ thể nội tiết dương tính (43,75%) với $p < 0,05$. Chúng tôi chưa ghi nhận mối liên quan giữa các yếu tố các yếu tố tuổi, giai đoạn u (T), giai đoạn hạch (N), giai đoạn chung, type mô bệnh học, độ mô

học, tình trạng nội tiết, Ki67 và phác đồ điều trị với tỷ lệ đạt tpCR.

Nghiên cứu của chúng tôi cho thấy các phác đồ AC-TH và TCH được dung nạp tốt, không ghi nhận trường hợp nào phải ngừng điều trị sớm do độc tính.

Một số tác dụng phụ không mong muốn hay gặp là hạ bạch cầu trung tính 17/31 (54,8%), đau cơ, khớp 15/31 (48,4%), tăng men gan 9(25,9%), buồn nôn, nôn 9(29%) ả hạ tiểu cầu 8(25,8%). Ngoài trừ hạ bạch cầu trung tính, các độc tính khác chỉ gặp ở độ 1,2. Tác dụng phụ độ 3–4 thường gặp nhất là giảm bạch cầu trung tính, chiếm tỷ lệ 41,9%. Tuy nhiên, không ghi nhận trường hợp nào bị giảm bạch cầu trung tính kèm sốt. Tỷ lệ giảm bạch cầu trung tính độ 3–4 trong nghiên cứu của chúng tôi cao hơn rõ rệt so với kết quả của Trần Đình Anh và Trịnh Lê Huy (13,5%) và tác giả Phùng Thị Huyền (2021)(15%)^{9,10}. Sự khác biệt này có thể liên quan đến việc chúng tôi sử dụng docetaxel (77,4%) thay vì paclitaxel, docetaxel mỗi 3 tuần đã được chứng minh có hiệu quả hơn paclitaxel mỗi 3 tuần. Tổng số chu kỳ hóa chất là 292. Số lượt hạ bạch cầu trung tính trên tổng số lượt hóa chất: 4,45% (13/292) và độc tính này được cải thiện trong các chu kỳ điều trị sau nhờ biện pháp dự phòng bằng G-CSF. Về tác dụng phụ tim mạch – một yếu tố thường được quan tâm khi dùng thuốc kháng HER2 – nghiên cứu của chúng tôi ghi nhận 3 trường hợp giảm LVEF độ 1,2 (9,7%), trong đó một trường hợp giảm độ 2 và hồi phục hoàn toàn sau 6 tuần, cho phép tiếp tục sử dụng trastuzumab.

5. KẾT LUẬN

Phác đồ AC-TH, TCH trong điều trị tân bổ trợ ung thư vú HER2 dương tính cho thấy hiệu quả điều trị cao, với tỷ lệ đáp ứng hoàn toàn về mô bệnh học (tpCR) đạt 54,1% và được dung nạp tốt.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

- [1]. Cancer (IARC) TIA for R on. Global Cancer Observatory. Accessed July 8, 2025. <https://gco.iarc.fr/>
- [2]. Broglio KR, Quintana M, Foster M, et al. Association of Pathologic Complete Response to Neoadjuvant Therapy in HER2-Positive Breast Cancer With Long-Term Outcomes: A Meta-Analysis. *JAMA Oncol.* 2016;2(6):751-760. doi:10.1001/jamaoncol.2015.6113
- [3]. Gianni L, Eiermann W, Semiglazov V, et al. Neoadjuvant and adjuvant trastuzumab in patients with HER2-positive locally advanced breast cancer (NOAH): follow-up of a randomised controlled superiority trial with a parallel HER2-negative cohort. *The Lancet Oncology.* 2014;15(6):640-647. doi:10.1016/S1470-2045(14)70080-4
- [4]. Buzdar AU, Suman VJ, Meric-Bernstam F, et al. Fluorouracil, epirubicin, and cyclophosphamide (FEC-75) followed by paclitaxel plus trastuzumab versus paclitaxel plus trastuzumab followed by FEC-75 plus trastuzumab as neoadjuvant treatment for patients with HER2-positive breast cancer (Z1041): a randomised, controlled, phase 3 trial. *The Lancet Oncology.* 2013;14(13):1317-1325. doi:10.1016/S1470-2045(13)70502-3
- [5]. Robidoux A, Tang G, Rastogi P, et al. Lapatinib as a component of neoadjuvant therapy for HER2-positive operable breast cancer (NSABP protocol B-41): an open-label, randomised phase 3 trial. *The Lancet Oncology.* 2013;14(12):1183-1192. doi:10.1016/S1470-2045(13)70411-X
- [6]. Untch M, Loibl S, Bischoff J, et al. Lapatinib versus trastuzumab in combination with neoadjuvant anthracycline-taxane-based chemotherapy (GeparQuinto, GBG 44): a randomised phase 3 trial. *The Lancet Oncology.* 2012;13(2):135-144. doi:10.1016/S1470-2045(11)70397-7
- [7]. Phung HT, Nguyen HT, Nguyen TV, Nguyen TV, Dinh LAT, Nguyen CV. <p>Pathological Complete Response with Neoadjuvant Trastuzumab Combined with Chemotherapy in HER2 Positive Breast Cancer: A Single Institution Retrospective Analysis from Vietnam</p>. *BCTT.* 2020;12:117-122. doi:10.2147/BCTT.S268369
- [8]. Neoadjuvant chemotherapy with or without anthracyclines in the presence of dual HER2 blockade for HER2-positive breast cancer (TRAIN-2): a multicentre, open-label, randomised, phase 3 trial - The Lancet Oncology. Accessed July 8, 2025. [https://www.thelancet.com/journals/lanonc/article/PIIS1470-2045\(18\)30570-9/abstract](https://www.thelancet.com/journals/lanonc/article/PIIS1470-2045(18)30570-9/abstract)
- [9]. Anh TĐ, Huy TL. 27. Kết quả điều trị tân bổ trợ ung thư vú HER2 dương tính bằng phác đồ AC-T liều dày kết hợp liệu pháp kháng HER2 tại Bệnh viện Đại học Y Hà Nội. *TCNCYH.* 2023;171(10):242-251. doi:10.52852/tencyh.v171i10.2042
- [10]. Kết quả điều trị bổ trợ trước phác đồ hóa chất kết hợp Trastuzumab và Pertuzumab trên ung thư vú có HER2-NEU dương tính | Tạp chí Y học Việt Nam. Accessed July 8, 2025. <https://tapchihocvietnam.vn/index.php/vmj/article/view/1761>